

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Mahmoud SLIM

Né le 9^e Février 1908, à Moknine (Tunisie).

79

Traitement local des Furoncles et Anthrax
par l'acide salicylique cristallisé

Président : M. H. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Mahmoud SLIM

Né le 9 Février 1908, à Moknine (Tunisie).

Traitement local des Furoncles et Anthrax
par l'acide salicylique cristallisé

Président : M. H. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNéo.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	{ LENORMANT.
Clinique urologique	{ TERRIEN.
	{ MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	{ JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ N...
Clinique thérapeutique médicale	{ OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ LEMAITRE.
Clinique propédeutique	{ Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	{ SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ BEZANÇON.
	{ MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.
	{ MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON ... Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL . Obstétrique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.

PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR VAL-
LÉRY-RADOT.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A tous ceux que j'aime

La brochure éditée par le Docteur GALLOIS lui-même « Traitement prophylactique local de la furonculose » (extrait de la Presse Médicale N° 92 du 12 novembre 1913) n'en fait pas mention. Mais le D^r GALLOIS préconisait l'addition au glycérolé d'amidon d'un antiseptique, par exemple l'acide borique ou l'axycyanure de mercure, et le Professeur GOUGEROT ajouta à la liste de ces antiseptiques l'acide salicylique à 1 %. Donc si jusqu'ici l'acide salicylique a pu être employé accessoirement dans le traitement des furoncles, il ne l'a pas été comme nous le préconisons dans notre méthode qui en fait la base même de ce traitement.

GENERALITES

1. Le furoncle et l'anthrax.

On désigne sous le nom de furoncle une infection inflammatoire et circonscrite de la partie moyenne et profonde du follicule pilo-sébacé, inflammation donnant naissance à une tumeur acuminée qui s'ulcère le plus souvent et donne issue à du pus et à une petite masse mortifiée jaunâtre appelée bourbillon. Cette infection est causée par le staphylocoque doré, micrococcus pyogène par excellence grâce à son ferment tryptique, qui provoque le sphacèle de la paroi du follicule pilo-sébacé et du derme voisin formant une escarre plus ou moins profonde qui constituera le bourbillon. L'existence de ce bourbillon est la différence pathognomonique entre le furoncle et les autres pyodermites.

Le furoncle peut se former aux dépens d'autres éléments que le follicule pilo-sébacé. Mais ce n'est là qu'une rareté. Ainsi on a signalé des furoncles de la vulve résultant de l'infection des glandes muqueuses, des furoncles des glandes sudoripares palmo-plantaires et des furoncles des glandes cérumeneuses de l'oreille.

L'anthrax est un agglomérat de furoncles, mais de

furuncles où l'inflammation peut ne pas être circonscrite. Les foyers bourbillonneux y sont plus nombreux, les phénomènes généraux plus graves, le pronostic moins favorable et les complications plus fréquentes.

Ces deux affections sont trop souvent négligées, surtout le furoncle, et rarement traitées... si ce n'est par le mépris. Et pourtant que de complications n'engendrent-elles pas : des septicémies dont la mortalité varie entre 80 et 90 % (ARLOING, DUFOUR et LANGERON. Congrès français de Médecine 1927); l'ostéomyélite aiguë dont la mortalité atteint 27 % quand elle n'occasionne pas des infirmités ou mutilations sévères; des phlébites des sinus veineux du crâne et des méningites dont le pronostic est plus que sombre; des phlegmons périnéphrétiques dont l'évolution quelquefois n'est guère plus favorable; enfin des septico-pyohémies staphylococciques chroniques dont P. OURY et L. LE BARS ont récemment publié plusieurs observations (Presse Médicale, N° 9 du 30 janvier 1935).

Que de complications graves pour des affections réputées bénignes et banales !

Aussi ne faut-il pas s'étonner que la Thérapeutique — Elle qui n'en ignore rien — ait cherché à traiter correctement et efficacement le furoncle et l'anthrax. Et ses recherches, si elles ont donné un résultat au point de vue quantitatif, elles n'ont pas toujours été couronnées de succès au point de vue de la qualité. En effet, les traitements préconisés pour guérir furuncles et anthrax sont très nombreux. Nous allons les

énumérer rapidement sans nous arrêter à leur critique, car celle-ci aisée pour les uns, difficile pour les autres, serait trop longue, fastidieuse et dépasserait le cadre de ce modeste travail.

Nous les classerons en :

Traitement d'ordre chimique : L'étain pur ou associé à l'oxyde d'étain qu'on administre per os, ou encore l'étain colloïdal en injection intramusculaire et même intraveineuse. Le soufre sous forme de sulfure de calcium ou de lithium ou de bains généraux sulfatés. L'arsenic sous forme de liqueurs de Pearson et de Fowler. Le Bismuth, le rivanol, le manganèse, le galyl, le bardane en extrait ou en pilules, l'acide phosphorique à la dose de LX à LXXX gouttes par jour. Le sulfate de cuivre en solution à 1 %, 3 injections intraveineuses de 1 à 5 cc. par semaine pendant un mois. Le cyanure de mercure (LORTAT-JACOB) 3 injections intraveineuses de 0 gr. 01 par semaine pendant un mois avec suppression du pain et du sucre. Les badigeonnages ou attouchements à la teinture d'iode pure ou coupée d'alcool à 90°, l'alcool iodée, l'iode chloroformé au 1/15, l'iodacétone (solution Gallois : Iode métallique 2, acétone 5), l'alcool camphrée ou saturée d'acide borique, le nitrate d'argent au 1/20, le bleu de méthylène. Les pansements humides chauds à l'eau bouillie ou alcoolisée; les pommades au collargol au 1/20, à l'ichtyol; l'eau d'Alibour résorcinée, le glycérolé d'amidon simple (GALLOIS : glycérolé d'amidon 100 gr., amidon 25 gr.) ou boricé au 1/10 (KISSMAYER).

Traitement d'ordre physique :

Ponction avec une aiguille stérilisée, au galvanocautère ou au thermocautère porté au rouge vif. Apposition précoce de ventouses de différents diamètres avec mesure des pressions négatives différentes selon les variétés de furoncles, méthode préconisée par SKUTTA de Munich (Münchener medizinische Wochenschrift, t. 82, n° 41, 11 octobre 1935, p. 1647-1650. Presse médicale, n° 7 du 22 janvier 1936). L'incision précoce au bistouri simple ou électrique. Les ondes courtes par la méthode unipolaire de THOMBERG, préconisées par A. LUX de Vienne surtout pour les furoncles de la face (Wiener Klinische Wochenschrift, 48^e année, n° 22, 1935, p. 772) et par H. TILLIER (séance de la société de Médecine d'Alger du 20 décembre 1935. Le Concours Médical du 12 février 1936). Enfin l'actinothérapie.

Traitement d'ordre bactériologique et parasitologique : Le propidon polyvalent de DELBET en injections sous cutanées ou intramusculaires de 1 à 4 cc. Le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur en injections sous cutanées de 1/4 à 2 cc. Les autovaccins atténués soit par la chaleur (SABOURAUD et MAUTE) soit par l'iode (FIESSINGER) soit par le fluor (NICOLLE). La phagothérapie de d'HÉRELLE (bactéostaphyphage) en application locale, en injections sous cutanées ou per os. Les produits dérivés de *Lucila séricata*.

Traitement d'ordre général et hygiénique :

La désensibilisation préconisée par RAVAUT en 1913 en dermatologie et appliquée par DUMAS à la

furonculose, sous forme d'hyposulfite de soude en injections intraveineuses de la solution à 20 %, ou de lait (2 à 10 cc.) ou d'autohémothérapie 12 à 15 injections de 2 à 20 cc. à raison de 3 par semaine. Le traitement ad hoc chez les diabétiques, urémiques, gouteux, parasites (parasitose intestinale ou phtiriasse). Le régime alimentaire sévère par la suppression du pain, sucre et hydrocarbonnés en dehors même de tout diabète, du gibier, de la charcuterie, des épices, des fromages fermentés et des nervins; ou plus sévère encore par la fameuse méthode Guelpa consistant dans l'administration de purgatifs salins, la diète hydrique (thé léger, tisanes) pendant 5 jours, et l'acidification de l'organisme.

L'énumération de cette série de médications, égrenées l'une à la suite de l'autre, est surtout intéressante au point de vue documentaire. La diversité des agents employés et des méthodes préconisées montre la diversité des théories pathogéniques qui ont été à la base des différentes thérapeutiques proposées. Nous aurions pu les classer d'une façon plus schématique qui répartit ces théories en trois groupes : théorie de l'action exclusivement locale, théorie de l'action exclusivement générale et théorie éclectique de l'action double locale et générale. Cette discrimination est encore plus nette lorsqu'il s'agit non plus de furoncle ou d'anthrax isolés mais de furonculose.

Les uns avec P. GALLOIS n'ont foi que dans le traitement local qui est tout et n'admettent le traitement général qu'à condition qu'il ne détourne en rien l'at-

tention du médecin du pansement local : « Les promoteurs des traitements internes ou de la vaccination ne peuvent fournir une démonstration aussi convaincante de leurs méthodes parce que forcément ils sont obligés de faire en même temps des pansements. En cas de succès, ils ne sont pas en droit d'affirmer que ce sont leurs méthodes plutôt que leurs pansements qui ont agi..... Le seul reproche que je leur fais (aux traitements généraux) c'est de détourner l'attention du facteur capital de la guérison, à mon sens, le pansement. Il est évident que si l'on attend la guérison du traitement général, on n'apportera pas un soin suffisant au traitement prophylactique local qui lui seul peut assurer la guérison (P. GALLOIS. La Presse Médicale, n° 92 du 12 novembre 1913).

Les autres, partisans soit du choc colloïdoclasique soit de la phagothérapie de d'HÉRELLE (A. RAIGA. La furonculose et ses complications) soit de la chimiothérapie s'adressent presque exclusivement les premiers aux vaccins, les seconds aux bactéstaphyphages et les troisièmes à l'administration par voie interne de différents corps chimiques.

Enfin les eclectiques sont les plus nombreux.

Nous ne pouvons avoir la prétention de nous prononcer pour l'une ou l'autre de ces théories qui sont aussi défendables les unes que les autres. Et quoique le traitement que nous proposons soit purement local, nous nous rendons compte qu'il y a des cas où il faut s'adresser aux médications adjuvantes d'ordre général et hygiénique dont l'importance est indéniable, car en médecine selon l'adage de PETER « il n'est que des malades et point de maladies ». ».

2. L'acide salicylique.

De formule concentrée $C^7 H^6 O^3$ — $C^6 H^4$ — $CO^2 H = 138$, l'acide salicylique ou orthoxybenzoïque dérive par acétylation d'un des nombreux isomères de l'acide créosotinique, l'acide orthocréosotinique. On l'obtient en faisant réagir à l'autoclave le gaz carbonique sur le phénate de sodium. Il se présente sous forme d'aiguilles blanches, inodores, à saveur sucrée puis âcre, très peu solubles dans l'eau 1 p. 500, beaucoup plus dans l'alcool et l'éther et sa solution abandonne par évaporation des cristaux prismatiques assez volumineux.

Il est très peu toxique : à la dose de 1 gr. 40 par kg, le lapin meurt en diastole cardiaque (I. WAYNTAL « sur quelques propriétés thérapeutiques de l'acide acétylorthocréosotique », Paris 1929, N° 170). Il s'absorbe très facilement par la peau comme le prouvent les expériences de L. HUSSON rapportées dans sa thèse « De l'absorption de l'acide salicylique par la peau et des frictions salicylées dans les affections rhumatismales » (Nancy, 1896 - 8°) et les expériences de LINOSSIER et LANNOIS publiées dans le « Lyon Médical » du 23 juin 1895. DESTOT ajoute dans le même Lyon Médical du 16 juin 1895 qu'il aide beaucoup à l'absorption par la peau des sels de lithium et autres corps. Cette absorption se fait plus facilement lorsque

l'acide salicylique est mélangé à des corps gras comme l'axonge et la lanoline. Or, la sécrétion des glandes sébacées contient une graisse analogue à la lanoline et aide ainsi beaucoup à l'absorption de l'acide salicylique par la peau. Son élimination s'effectue totalement au bout de 24 h. par les urines.

Ses applications sont nombreuses : c'est un antiseptique surtout sous forme de salicylate de soude (communication du Professeur VINCENT à l'Académie de Médecine, 10 juillet 1928). C'est aussi un antifermentescible efficace contre l'altération des boissons, vin, bière, cidre, des conserves et des confitures (usage interdit en France). C'est enfin un anti-infectieux analgésique et antithermique employé contre le rhumatisme articulaire aigu, la grippe, les points de côté des tuberculeux, la migraine, le lumbago et les douleurs articulaires (cf. supra thèse d'I. WAYNTAL). Mais dans toutes ces applications qui le font employer pour l'usage interne, il est remplacé avantageusement par le salicylate de soude qui, jouissant des mêmes propriétés est très soluble et peu irritant.

La dermatologie par contre a consacré l'usage externe de l'acide salicylique comme topique antiseptique et émollient dans le traitement du sycosis, des séborrhées, des cors et des verrues. Par ce modeste travail, nous venons ajouter un autre fleuron à sa couronne en le consacrant — du moins nous l'espérons — comme agent précieux dans le traitement du furoncle et de l'anthrax.

Ce traitement comporte en outre une solution anal-

gésique et antiseptique, la liqueur d'Hoffman naph-tolée dont le Dr MEURIOT nous a communiqué la for-mule :

$$\begin{array}{lcl} \text{Ether} & \left\{ & \text{âa 30 gr.} \\ \text{Alcool} & \left\{ & \\ \text{Naphtol } \beta & & \text{0 gr. 10.} \end{array}$$

Le naphtol β se présente sous forme de prismes rhomboïdaux obliques, incolores, brillants, d'odeur phénolée faible, de saveur brûlante, très peu soluble dans l'eau, beaucoup plus dans l'alcool, l'éther et les graisses. Il reconnaît un usage interne comme antiseptique intestinal dans la fièvre typhoïde (BOUCHARD) et dans la dysenterie (LAVERAN) et un usage externe comme parasiticide dans la gale et comme topique contre l'acné et le psoriasis.

METHODE OPERATOIRE

Nettoyer le furoncle et son pourtour avec un coton imbibé de la liqueur d'Hoffman naphtolée. Saupoudrer légèrement toute la surface du furoncle ou de l'anthrax d'acide salicylique cristallisé réduit en poudre (la poudre de l'acide cristallisé étant plus pure que celle de l'acide non cristallisé). Recouvrir d'un pansement sec — gaze stérile imbibée de liqueur d'Hoffman naphtolée et coton hydrophile — qu'on fixe par une bande ou des coupures d'albuplast.

Renouveler le pansement toutes les 24 h. D'une façon générale si le traitement est appliqué précocement ou bien il fait « avorter » le furoncle ou bien il en amène la guérison du 3^e au 4^e jour.

Si l'intervention n'a lieu qu'en pleine période d'évolution la guérison sera plus lente. Il faut alors se garder d'exprimer le furoncle pour faire sortir le pus et de chercher à détacher le bourbillon. Le mieux est d'éponger le pus avec un flocon de coton enroulé au bout d'une sonde imbibé de notre solution et d'extraire avec une pince stérilisée les débris de bourbillon déjà détachés d'eux-mêmes. Ce nettoyage terminé on saupoudrera comme plus haut le ou les cratères avec la poudre d'acide salicylique cristallisé. Renouveler ce pansement jusqu'au détachement total mais

« passif » — si l'on peut dire — du bourbillon. A ce moment, il est prudent de continuer pendant une ou deux séances l'usage de l'acide salicylique quitte à le supprimer ensuite pour ne plus employer que la liqueur d'Hoffman naphtolée seule ou suivie de saupoudrage avec la poudre employée par GALLAIS pour aider à la cicatrisation.

Talc	20 gr.
Sous-nitrate de bismuth	} àa 2 gr.
Paraffine	

Sous aucun prétexte, ne jamais mettre de pansement humide sur un furoncle.

Il arrive parfois lorsqu'on renouvelle le pansement de constater la formation d'une légère croûte qu'il faut enlever doucement en faisant le nettoyage.

Nous avons toujours obtenu un résultat satisfaisant avec ce traitement comme le prouvent les quelques observations que nous rapportons, prises parmi plusieurs autres :

OBSERVATION I. Mai 1932 (D^r MEURIOT).

Mlle I. L. 20 ans; furoncle anthracoïde de la lèvre supérieure avec gros pansement humide et abondante suppuration; douleur locale et état général infecté; enlèvement du pansement, nettoyage à la liqueur d'Hoffman naphtolée, emploi de la poudre d'a. salicylique, pansement sec; le lendemain la suppuration est encore abondante, l'état général stationnaire. Renouvellement du pansement; le surlendemain, la suppuration a beaucoup diminué, l'état général s'est amélioré. Nouveau pansement; le jour suivant suppuration tarie, l'amélioration s'accroît. Renouvellement du pansement; le 5^e jour, guérison complète et le 6^e jour le pansement même est ôté.

Voilà bien un des cas les plus justement redoutés de la localisation furunculose en raison de l'extension de l'infection aux sinus veineux crâniens, où la mortalité dépasserait d'après RIVERDIN 65 % et où le traitement par l'a. salicylique a fait merveille.

OBSERVATION II. Juillet 31 (D^r MEURIOT).

M. A. M. 24 ans : gros furoncle anthracoïde de la face dorsale de l'avant-bras droit, à 4 travers de doigt au-dessus du poignet; gros pansement humide nageant dans le pus; température au-dessus de la normale, œdème régional et douleur locale; nettoyage et pansement par la méthode habituelle; après deux jours, amélioration sensible de l'état général, la douleur s'amende et la suppuration diminue; le 6^e jour la suppuration est tarie et la cicatrisation est obtenue quelques jours plus tard, dispensant de tout pansement.

OBSERVATION III. Avril 1933 (D^r MEURIOT).

M. J. R. 25 ans : gros furoncle de la main droite traité depuis plusieurs jours par des pommades vaccins et des séruns; œdème accentué de tout le dos de la main; douleur lancinante, suppuration insignifiante, application du traitement et pansement sec; guérison complète en 48 heures.

OBSERVATION IV. Mai 1935 (Personnelle).

M. N... 70 ans : placard violacé s'étendant de la pointe de l'omoplate au 11^e espace intercostal gauches, large de 3 travers de doigt entouré d'œdème et chaud localement, sans pertuis ni cratère, état général moyen. 1^{er} pansement; le lendemain, placard violacé et œdème s'étendent et l'état général s'aggrave légèrement; aussitôt double incision large au thermocautère qui donne issue à très peu de pus, nettoyage habituel de la plaie et saupoudrage étendu profond et superficiel à l'a. salicylique; après trois pansements successifs constatation d'une légère croûte facilement ôtée avec une pince stérile; les pansements sont ainsi continués pendant une semaine amenant un nettoyage progressif et finalement total de la plaie. La suppuration a été minime. En raison de l'âge du sujet et de sa débilité provoquant une grande lenteur dans le processus de cicatrisation, les pansements sans acide salicylique ont été continués durant une semaine encore à la solution naphtholée et à la poudre de Gallois mentionnée ci-dessus.

OBSERVATION V. Juin 1935 (Personnelle).

M. F..., 55 ans présente une tuméfaction de la grosseur d'une noisette à l'aile gauche du nez; rougeur et température locales sans œdème; état général non touché. Après net-

toyage, constatation d'un furoncle en fistule borgne interne de quelques millimètres de diamètre; désinfection profonde avec coton monté sur sonde et imbibé de liqueur naphtolée; bourrage de la fistule avec l'a. salicylique; en raison de l'impossibilité de maintenir localement un pansement, le traitement a été renouvelé une à deux fois par jour. Guérison obtenue en 6 jours.

OBSERVATION VI. Septembre 1935 (Personnelle).

M. J. M. Jeune étudiant de 19 ans présente à la nuque trois petits furoncles naissants A B C en allant de droite à gauche, tous au même stade d'évolution. Sur A auquel nous ne touchons pas, nous nous bornons à appliquer un petit carré de gaze stérile fixé par de l'albuplast; le lendemain et le surlendemain A se transforme peu à peu en vrai furoncle; nous le traitons alors par la méthode habituelle et il guérit en quelques jours. Sur B nous pratiquons le 1^{er} jour, le lendemain et le surlendemain un attouchement à la teinture d'iode pure et fraîche, puis à l'alcool iodé et nous le recouvrons du même pansement que A; le 3^e jour B s'est durci et ratatiné, mais le jour suivant, l'inflammation se réveille et B est finalement traité et guéri par notre méthode. Enfin C qui était au même stade que A et B est traité d'emblée par la liqueur d'Hoffman naphtolée et la poudre d'acide salicylique cristallisé; le 3^e jour on n'en voyait plus la trace.

OBSERVATION VII. Octobre 1935 (Personnelle, en ville).

Mme G... jeune femme d'une quarantaine d'année, s'aperçoit le 11 octobre qu'elle avait à la nuque, juste à la naissance des cheveux un petit bouton, semblable à un autre « clou » qu'elle eut il y a quelques années au coin droit de la lèvre supérieure. La démangeaison avait attiré son attention et motiva, après un repérage à l'aide de forces miroirs,

un prudent (?) et premier badigeonnage à la teinture d'iode suivi le lendemain d'un second badigeonnage, le premier n'ayant pas donné le résultat espéré. Bien au contraire ce « clou » qui avait une « tête » était décapité le surlendemain 13 octobre et possédait une base un peu dure et élargie.

Aussi bien, le 14 octobre, la malade fait-elle appeler son médecin qui ordonne une pulvérisation quotidienne à l'eau bouillie et un pansement humide recouvert d'un ouata-plasme de marque. Ce traitement se prolonge jusqu'au samedi 19 octobre, jour où le médecin rappelé défait le pansement et découvre un furoncle gigantesque, ce qui est loin d'ailleurs de tempérer son optimisme. Il rassure la malade en lui disant que son furoncle poursuit son évolution normale et lui recommande de continuer le même traitement. Pourtant la température augmente et oscille entre 38°5 et 39°, la malade s'agite et passe des nuits blanches éprouvant à la nuque des douleurs intolérables.

Point rassurée, inquiète même, elle s'adresse le 20 octobre à un autre médecin, le 1^{er} trop optimiste s'étant absenté, qui ordonne des pulvérisations, encore des pulvérisations, toutes les deux heures cette fois-ci, séparées par des pansements aux pommades vaccins et renforcées par des solutions vaccinales administrées per os. Tout y passe, jusques et y compris des préparations à base de... *Lucila sericata*.

Mais le mardi 22 octobre, la malade voit sa température atteindre 39°9 en même temps que la douleur devient de plus en plus intolérable; insomnie, agitation et inquiétude aggravent le tableau. Elle nous fait alors appeler et nous lui trouvons un pouls rapide à 110, une température à 39°7, un faciès terreux, altéré. Une analyse d'urines ne décèle ni sucre ni albumine. Localement nous constatons une tuméfaction énorme occupant toute la surface de la nuque, mesurant environ 15 cm. horizontalement, 10 cm. verticalement et bombant en arrière de 3 à 4 cm. A la vue, c'est une masse violacée avec un imperceptible petit orifice central. La palpation est très douloureuse pour la malade qui, la tête immobile, contracte douloureusement les traits au moindre frôlement; néanmoins nous arrivons à avoir une impression

tactile de dureté cartonnée, ligneuse même. Nous pratiquons un nettoyage à la solution d'Hoffman naphtolée, nous saupoudrons d'a. salicylique la partie centrale du furoncle sur une surface de 2 cm. de rayon environ et nous recouvrons le tout d'un pansement sec.

Mais en raison de l'état général grave de la malade, nous avons jugé prudent d'ajouter à notre traitement local, une thérapeutique générale adjuvante, en pratiquant une injection intramusculaire de 1/2 cc. de propidon que nous avons renouvelée le lendemain matin à la dose de 1 cc. Empres-sons-nous de dire que ces injections n'ont été d'aucune utilité car aucun des symptômes qui sont généralement témoins de l'action de choc colloïdoclasique par lequel agit le propidon n'ont été enregistrés : ni augmentation de température aux environs de 40° avec un pouls parallèlement rapide, ni frissons, ni cette douleur allant quelquefois jusqu'à l'impotence du membre qui a reçu l'injection et qui signe généralement l'action du propidon. Et cela nous rappelle la réflexion d'un de nos maîtres des hôpitaux : « Ou bien le propidon restera une médication très douloureuse « de cheval », un traitement héroïque et alors il pourra être efficace mais n'aura pas la faveur de la clientèle, ou bien il sera atténué, « humanisé » et il sera alors répandu mais sans grand succès thérapeutique ».

Mais revenons à notre malade : le lendemain nous constatons qu'à l'endroit saupoudré par l'a. salicylique une petite rondelle d'épiderme était enlevée laissant voir du tissu sphacélé et du pus. L'état général était resté presque stationnaire, la température entre 39°5 le soir et 38°5 le matin. Nous continuons les pensements habituels et le dimanche 27 octobre, nous constatons une diminution de l'œdème de un à deux travers de doigt dans tous les sens; la température commence à baisser : 38°2 le soir et 37°8 le matin, puis 37°7 et 37°5; le furoncle est moins tendu et la sensation de fluctuation devient plus nette. Le samedi 29, la malade n'a plus que 37°2 et un pouls à 64, chiffre normal chez elle; la veille elle avait pu s'assoupir quelques instants.

Nous continuons les pansements en bourrant le furoncle d'a. salicylique et le 31 octobre le pus s'échappe de tous les côtés; il continue à couler à flots pendant 3 jours et le bourbillon se désagrège peu à peu; le 4 novembre nous cessons l'emploi de l'a. salicylique, nous continuons les nettoyages à la liqueur d'Hoffman naphtolée et nous plaçons dans la plaie une mèche imbibée de liqueur de Dakin. Dès lors la malade mobilise son cou de plus en plus, arrive à dormir de mieux en mieux et le bourgeonnement commence à apparaître au fond de la plaie. Si bien que fin novembre notre jeune femme pouvait reprendre sa vie normale sans cicatrice bien visible.

OBSERVATION VIII. Janvier 1936. (Personnelle).

Dr... H. M., 62 ans : petit furoncle ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous à la face antérieure de l'avant-bras droit à 8 cm. au-dessus du poignet; pourtour violacé, surface évasée en cupule; nettoyage et pansement habituels pendant deux jours; le 3^e jour apparition de traînées lymphangitiques tout autour du furoncle remontant vers le pli du coude; alors nous avons crû devoir recouvrir le furoncle, après les soins d'usage, d'un pansement humide. Le lendemain nous avons constaté à son pourtour l'éclosion d'une folliculite assez étendue. Nous avons alors frotté énergiquement ces multiples petits furoncles avec la liqueur d'Hoffman naphtolée et les avons saupoudrés de poudre d'a. salicylique puis recouverts d'un pansement sec. Au bout de 24 h. nous avons constaté leur dessiccation complète. Quant au furoncle initial déjà formé, nous avons continué à le panser par la méthode sèche; sa guérison complète a été retardée de quelques jours car à chaque pansement nous trouvions une mince pellicule noirâtre que la pince retirait facilement. Ce furoncle durant son évolution n'a pas donné plus de 1 cc. de pus en tout et pour tout, comme d'ailleurs la plupart de ceux que nous avons pu traiter strictement par la poudre d'a. salicylique cristallisé.

CONCLUSIONS

Il n'est point nécessaire d'allonger la série de ces observations qui toutes ont montré la réussite du traitement des furoncles et anthrax par l'application locale de la poudre d'acide salicylique cristallisé. Et pourtant, une lacune apparaît dans notre travail, lacune que le hasard des cas et des expériences n'a pu combler, car aucun des sujets que nous avons eu à soigner pour furoncles ou anthrax, ne présentait de signes de diabète, d'urémie ou d'uricémie, affections qui communiquent à l'évolution du furoncle un pronostic autrement sévère. Mais nous ne perdons pas l'espoir, au cours de notre carrière future, de prouver l'efficacité de ce traitement même dans des cas compliqués d'une de ces affections aggravantes.

Ce traitement que nous apportons en plus des 120 autres que nous avons pu recueillir dans des traités de petite chirurgie pratique et de dermatologie attire notre préférence pour ses avantages multiples :

Il est simple et pratique et bien que demandant au médecin une attention particulière pour faire correctement le pansement, il n'exige de lui qu'une instrumentation réduite : un flacon de poudre d'acide salicylique cristallisé et une fiole de solution d'Hoffman naphtolée. Il évite généralement les incisions et leurs conséquences inesthétiques, les cicatrices balafrées ou chéloïdiennes. De plus, traitement local contrairement à toutes les médications internes qu'on administre per os, il ménage la voie digestive, détail qui a son importance chez les sujets furonculeux car ceux-ci traitent pour la plupart une hérédité arthritique à manifestations digestives multiples. Et comme le dit L. Husson (cf. supra) : « ménager la voie digestive le plus possible, telle doit être la préoccupation constante des thérapeutes dans l'administration des médicaments. »

Enfin et surtout, grâce à ses propriétés antiseptique, antifermentescible et émolliente, l'acide salicylique réduit la suppuration au minimum et détache rapidement le bourbillon comme nous l'avons constaté dans le cas où nous avons pu l'employer relativement précocement. Cette atténuation de la suppuration diminue considérablement la tension douloureuse du furoncle si pénible pour le malade. Elle réduit notablement aussi les chances de complications générales par septico-pyohémie, et de réensemencement par autoinfection de voisinage.

Telles sont les conclusions que notre expérience nous a permis de tirer et qui nous ont fait adopter la poudre d'acide salicylique cristallisé dans le traitement local des furoncles et anthrax.

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de Thèse,
H. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING, DUFOUR, LANGERON. — Congrès français de Médecine 1927.
- A. DAVID. — Le traitement du furoncle et de l'anthrax. *Journal des Sciences médicales de Lille* du 24 août 1930 p. 151.
- DARIER. — *Précis de dermatologie*.
- DESTOT. — *Lyon Médical* du 16 juin 1895.
- DEVEYSER. — Le furoncle, l'anthrax et leur traitement. Archives dermato syphiligraphique de la clinique de Saint-Louis 1930.
- J. FAURE. — Sur l'acide paroxyphenylsalicylique. *Thèse de Paris* 1903, 8°.
- C. FINKELSTÈNE. — Contribution à l'étude de l'accidose salicylée *thèse de Paris* 1934.
- FUSCH. — Radiothérapie de la furunculose. *Dermat-Wochenscht*, t. LXXVI, N° 18, 5 mai 1923.
- P. GALLOIS. — Traitement prophylactique local de la furunculose. Masson et Cie, Paris 1913. *Presse Médicale* du 12 novembre 1913.
- H. GUGEROT. — *La dermatologie en clientèle*, Paris 1927.
- L. HUSSON. — De l'absorption de l'a. salicylique par la peau et des frictions salicylées dans les affections rhumatismales. *Thèse de Nancy* 1896, 8°.

- H. ISMAIL : Etude clinique et anatomo pathologique des phlébites suppurées du sinus caverneux. *Annales oculistiques*, 96 année, t. CLXXI, octobre 1934, p. 814-846.
- LEBEL et STERN. — Le traitement local et général de la furonculose. *Gazette médicale de France*. 15 juin 1933, N° 12.
- G. LÉO. — Traitement pratique du furoncle banal par le Mercurochrome. *Société des chirurgiens de Paris*. Séance du 6 décembre 1929.
- LINOSSIER et LANNOIS. — *Lyon Médical*, 23 juin 1895.
- A. LUX. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 48° année, N° 22, 1935, p. 772.
- P. OURY et LE BARS. — Les septicopyohémies staphylococques chroniques à évolution prolongée. *Presse Médicale*, n° 9, 30 Janvier 1935.
- I. J. POPOFF. — Traitement de la furonculose par les injections de cyanure de mercure, *Thèse de Paris*, 1934.
- A. RAIGA. — la furonculose et ses complications. *La Médecine internationale illustrée*, N° 10, octobre 1935, et N° 12, décembre 1935.
- A. RAIGE. — Traitement des furoncles et anthrax par le bactériophage. *Bulletins et Mémoire de la Société des chirurgiens de Paris*, t. XXIV, N° 17, séance du 16 décembre 1932.
- A. RAIGA. — Le rôle du terrain organique dans l'évolution et le traitement de la furonculose. *Idem*. t. XXVI, N° 13, séance du 19 novembre 1934.
- A. RAIGA. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur le rôle de l'hyperglycémie dans la furonculose. *Presse Médicale*, N° 10, 2 février 1935.
- SKUTTA. — *Münchener medizinische Wochenschrift* t. 82, N° 41, 11 octobre 1935, p. 1.647-1.650. *Presse Médicale*, N° 7, 22 janvier 1936.
- TILLIER. — Société de Médecine d'Alger séance du 20 dé-

cembre 1935. *Le Concours Médical*, N° 6 bis, 12 février 1936.

VEYRIÈRES. — Traitement externe de la furonculose. *Bulletin médical*, 14 octobre 1932.

I. WAYNTAL. — Sur quelques propriétés thérapeutiques de l'acide acétylorthocréosotinique. *Thèse de Paris* 1929.

